**運営状況点検書**

**令和　　年度**

(国基準訪問型サービス)

**《添付書類》**

**・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙１）**

**・加算届出等チェック表（別紙２）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  点検日 　　　　年　　　月　　　日 |  点検者（原則として管理者が行ってください）職名　　　　　　　　氏名 |  |

**１　事業所番号、事業所の名称、連絡先等を正確に記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 |  介護保険事業所番号 |  *１* |  *４* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  フリガナ |  |
|  名　　称 |  |
|  住　所 | 〒 |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  　 － 　 － |  ＦＡＸ番号 |   　 　　－　 　 － |

**２　管理者について**

管理者の氏名を記載してください。また当該事業所内で他の職種を兼務している場合には、その職種名（例：サービス提供責任者）を記載してください。

　　なお、同一敷地内の他の事業所（他のサ－ビス）で兼務している場合には、事業所名、職種名及び１週間あたりの勤務時間数を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　 名 |  |
| 当該事業所で兼務する職種 |  |
|  同一敷地内で兼務 する他の事業所名 |  | 職種 |  |  時間数 (１週) |  |

＜注意点＞

　　　　 ○　市に届け出ている管理者を変更する場合は、変更の届出が必要です。

**３　当該年度４月の勤務実績に基づき、勤務形態一覧表（別紙１）を作成してください。**

1. 別紙１の裏面備考を確認の上、記載してください。
2. 各事業所において使用している勤務割表等により必要な事項（職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間等）が確認できる場合は、別紙１を作成せず、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

|  |  |
| --- | --- |
|  **Ⅰ　人員基準** |  |

**基準に従った人員配置がされているかについて、「はい」又は「いいえ」のうち該当する方を○で囲んでください。**

**（１）管理者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 常勤専従職員を配置していますか。※ただし、管理業務に支障がない場合は、当該国基準訪問型サービス事業所の他の職務、同一敷地内の事業所等の職務を兼務することが可能です。） | はい・いいえ |

**（２）訪問介護員**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 訪問介護員等（サービス提供責任者を含む。）の員数は、常勤換算方法で２．５以上配置していますか。※勤務形態一覧表にて確認してください。 | はい・いいえ |

**（３）サービス提供責任者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | すべてのサービス提供責任者は、下記の資格のいずれかを有していますか。ア介護福祉士、イ実務者研修修了者ウ介護職員基礎研修課程修了者エその他神奈川県が定める者（「訪問介護員の具体的範囲について」で旧１級相当とされているもの）　※訪問介護員の具体的範囲について」掲載場所：http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f3840/p11473.html | はい・いいえ |
| ② | 常勤のサービス提供責任者は、次のアからオ以外の職種を兼務していないですか。ア当該国基準訪問型サービス事業所の管理者イ当該国基準訪問型サービス事業所の訪問介護員ウ同一敷地内にあり、一体的に運営している定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務又は夜間対応型訪問介護事業所の職務エ障害者総合支援法（旧障害者自立支援法）の居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護及び移動支援のサービス提供責任者オ訪問介護のサービス提供責任者 | はい・いいえ |

※利用者の数が４０又はその端数を増すごとに１人以上の者をサービス提供責任者の場合は、③～⑦を回答します。

※利用者の数が５０又はその端数を増すごとに１人以上の者をサービス提供責任者の場合は、⑧～⑮を回答します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ③ | サービス提供責任者は、利用者の数が４０人又はその端数を増すごとに１人以上配置していますか。※利用者数は前３か月の平均値を用います。（暦月ごとの実利用者数で算出します。）※勤務形態一覧表で利用者数及びサービス提供責任者の配置を確認してください。 | はい・いいえ |
| ④ | 常勤換算方法によりサービス提供責任者を配置する場合、利用者の数を４０で除して得られた数（小数点第１位に切上げた数）以上を配置していますか。※常勤換算方法によりサービス提供責任者を配置できるのは、利用者の数が４０人を超える事業所に限られます。 | はい・いいえ |
| ⑤ | 【利用者の数が４０人超２００人以下の事業所の場合】常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から１を減じて得られる数以上の常勤のサービス提供責任者を配置していますか。 | はい・いいえ |
| ⑥ | 【利用者の数が２００人超の事業所の場合】常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に２を乗じて３で除して得られた数（１の位に切り上げた数）以上の常勤のサービス提供責任者を配置していますか。 | はい・いいえ |
| ⑦ | 非常勤職員のサービス提供責任者は、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の訪問介護員等が勤務すべき時間数の２分の１以上に達していますか。 | はい・いいえ |
| ⑧ | サービス提供責任者は、利用者の数が５０人又はその端数を増すごとに１人以上配置していますか。※利用者数は前３か月の平均値を用います。（暦月ごとの実利用者数で算出します。）※勤務形態一覧表で利用者数及びサービス提供責任者の配置を確認してください。 | はい・いいえ |
| ⑨ | 常勤換算方法によりサービス提供責任者を配置する場合、利用者の数を５０で除して得られた数（小数点第１位に切上げた数）以上を配置していますか。※常勤換算方法によりサービス提供責任者を配置できるのは、利用者の数が５０人を超える事業所に限られます。 | はい・いいえ |
| ⑩ | 【利用者の数が５０人超２５０人以下の事業所の場合】常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から１を減じて得られる数以上の常勤のサービス提供責任者を配置していますか。 | はい・いいえ |
| ⑪ | 【利用者の数が２５０人超の事業所の場合】常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に２を乗じて３で除して得られた数（１の位に切り上げた数）以上の常勤のサービス提供責任者を配置していますか。 | はい・いいえ |
| ⑫ | 非常勤職員のサービス提供責任者については、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の訪問介護員等が勤務すべき時間数の２分の１以上に達していますか。 | はい・いいえ |
| ⑬ | 常勤のサービス提供責任者を３人以上配置していますか。 | はい・いいえ |
| ⑭ | サービス提供責任者の業務に主に従事する者（サービス提供責任者である者が、当該事業所の訪問介護員として行ったサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が、１月あたり３０時間以内である者）を１人以上配置していますか。 | はい・いいえ |
| ⑮ | サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われていますか。 | はい・いいえ |

|  |
| --- |
| **「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。** |

○　「Ⅰ　人員基準」の各「基準」は、指定基準に定められている人員基準です。もしも基準違反に該当する項目があった場合には、速やかに人員を補充する必要があります。

○　**職種によっては、人員欠如の場合には介護報酬を減算する必要がある場合もあります**ので、報酬の請求根拠について再度確認してください。

○　人員欠如状態のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となりますので、**速やかに補充できないときは、休止してください（休止届が必要）**。

　　なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もありますので、十分な注意が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
|  **Ⅱ　設備基準** |  |

**基準に従っているかについて、「はい」又は「いいえ」のうち該当する方を○で囲んでください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事務室、利用者のプライバシーに配慮した相談室（専用の部屋でない場合はパーテーション等で囲われている相談スペース）を確保していますか。 | はい・いいえ |
| ② | 手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮していますか。 | はい・いいえ |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Ⅲ　運営基準** |  |

**次の質問表は、介護保険事業者の責務として定められている項目の一部分です。順番に内容を良く確認しながら、右端の欄に「○」、「×」又は「―」を記載してください。**

**なお、これらの内容は、小田原市が行う実地指導時の指導ポイントとも重複するので、その内容を十分に確認し、できていない場合には、至急改善を行ってください。**

行っている場合は、「○」

行っていない場合は、「×」

該当がない場合は、「―」を記入

**（１）内容、手続の説明及び同意**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 重要事項説明書の内容は、運営規程の内容と一致していますか。 |  |
| ② | サービスの提供開始の前に、あらかじめ利用者やその家族に対して、サービスの選択に資すると認められる重要事項（ア運営規程の概要、イ従業者の勤務体制、ウ事故発生時の対応、エ苦情処理の体制等）を記した重要事項説明書を交付して、懇切丁寧に説明を行っていますか。（利用者全員について行っていなければ×） |  |
| ③ | 説明後、利用者から同意したことを文書で得ていますか。（利用者全員から同意がなければ×） |  |

**（２）提供拒否の禁止**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 正当な理由（ア当該事業所の現員からは利用申込に応じ切れない場合、イ利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、ウその他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合）なくサービスの提供を拒んでいませんか。 |  |

**（３）サービス提供困難時の対応**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る地域包括支援センターへの連絡、適当な他の国基準訪問型サービス事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。 |  |

**（４）受給資格等の確認**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービスの提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって被保険者資格、要支援認定又は事業対象者の有無及び要支援認定の有効期間を確かめていますか。 |  |
| ② | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮してサービスを提供するよう努めていますか。 |  |

**（５）要支援認定の申請に係る援助**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 要支援認定の申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。 |  |
| ② | 要支援認定の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する日の３０日前までに行われるよう、必要な援助を行っていますか。 |  |

**（６）心身の状況等の把握**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービス提供に当たり、サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。 |  |

**（７）地域包括支援センター等との連携**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービス提供に当たり、地域包括支援センター、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 |  |
| ② | サービス提供の終了に際し、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る地域包括支援センターに対する情報提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 |  |

**（８）法定代理受領サービスの提供を受けるための援助**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用申込者又はその家族に対し、介護予防サービス計画の作成を地域包括支援センターに依頼する旨を市に対して届け出ること等により、サービス提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、地域包括支援センターに関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。 |  |

**（９）介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。 |  |

**（１０）介護予防サービス計画等の変更の援助**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る地域包括支援センターへ連絡その他の必要な援助を行っていますか。 |  |

**（１１）身分を証する書類の携行**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 従事者等に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導していますか。 |  |

**（１２）サービスの提供の記録**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービス提供した際は、提供した具体的なサービス（サービス提供日、サービス内容、保険給付額、利用者状況その他の必要な事項）を記録していますか。 |  |
| ② | ①の記録について、利用者から申出があった場合は、文書交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供していますか。※「その他適切な方法」は、例えば、利用者の用意する手帳等に記載するなどの方法です。 |  |

**（１３）利用料等の受領**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際は、その利用者から利用料の一部として、国基準訪問型サービスに係る介護予防サービス費用基準額の１割、２割又は３割（保険給付の率が９割、８割又は７割でない場合は、それに応じた割合）の支払を受けていますか。 |  |
| ② | 法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、国基準訪問型サービスに係る介護予防サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。 |  |
| ③ | サービス提供に必要な物品（従事者等が使用する手袋等）についての費用を利用者から徴収していませんか。 |  |
| ④ | サービス提供に要した費用につき、その支払を受ける際、当該支払をした利用者に対し、領収証を発行していますか。 |  |
| ⑤ | 領収証は、サービス提供に要した費用額・その他の費用額を区分して記載していますか。※その他の費用額は、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載します。 |  |

**（１４）保険給付の請求のための証明書の交付**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 法定代理受領サ－ビス以外のサ－ビス利用料の支払いを受けた場合は提供したサ－ビス内容、費用額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に交付していますか。 |  |

**（１５）国基準訪問型サービスの基本取扱方針**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用者の要支援状態の軽減又は悪化防止に資するよう、目標を設定し、計画的に行っていますか。 |  |
| ② | 基準緩和訪問型サービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 |  |

**（１６）国基準訪問型サービスの具体的取扱方針**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 国基準訪問型サービスの提供に当たり、国基準訪問型サービス計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助をしていますか。 |  |
| ② | 国基準訪問型サービスの提供に当たり、懇切丁寧に利用者又はその家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいように説明していますか。 |  |
| ③ | 国基準訪問型サービスの提供に当たり、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術によりサービス提供していますか。 |  |
| ④ | 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言をしていますか。 |  |

**（１７）国基準訪問型サービス計画の作成**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、国基準訪問型サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容、所要時間、日程等を記載した国基準訪問型サービス計画を作成していますか。 |  |
| ② | 既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って国基準訪問型サービス計画を作成していますか。（全員に作成していなければ×） |  |
| ③ | サービス提供責任者は、国基準訪問型サービス計画の作成に当たり、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者同意を得ていますか。（全員の記録をしていなければ×） |  |
| ④ | サービス提供責任者は、国基準訪問型サービス計画を作成した際は、当該サービス計画を利用者に交付していますか。（全員の記録をしていなければ×） |  |
| ⑤ | サービス提供責任者は、国基準訪問型サービス計画の作成後、当該サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該サービス計画を変更していますか。 |  |
| ⑥ | 介護予防サービス計画を作成している地域包括支援センター等から国基準訪問型サービス計画を提供するよう求めがあった際は、協力するよう努めていますか。 |  |

**（１８）同居家族に対するサービス提供の禁止**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 訪問介護員等に、同居家族に対して国基準訪問型サービスの提供をさせていませんか。 |  |

**（１９）利用者に関する市町村への通知**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用者が、正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わないことにより、要支援状態の程度を増進させたと認められるときは、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知していますか。 |  |
| ② | 利用者が、偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知していますか。 |  |

**（２０）緊急時等の対応**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。 |  |

**（２１）管理者の責務**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 当該事業所の従業者の管理及びサービスの利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。 |  |
| ② | 当該事業所の従業者に、「運営基準」を遵守させるために必要な指揮命令をしていますか。 |  |
| ③ | 管理者自身を含む従業員全員の雇用契約等を結び、雇用契約等の写しを事業所に保管していますか。 |  |
| ④ | サービス提供責任者等の資格職を雇用する際は、必要な資格を確認し、資格証の写しを保管していますか。 |  |
| ⑤ | 従業員の勤務体制を把握していますか。 |  |
| ⑥ | 従業者全員について、タイムカード等により、勤務実績が分かるようにしていますか。 |  |

**（２２）サービス提供責任者の責務**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 国基準訪問型サービスの利用の申込みに係る調整をしていますか。 |  |
| ② | 利用者状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握していますか。 |  |
| ③ | サービス担当者会議の出席等により、地域包括支援センター等と連携していますか。 |  |
| ④ | 訪問介護員等(サービス提供責任者を除く。)に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示し、利用者の状況についての情報を伝達していますか。 |  |
| ⑤ | 訪問介護員等の業務の実施状況を把握していますか。 |  |
| ⑥ | 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施していますか。 |  |
| ⑦ | 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施していますか。 |  |
| ⑧ | その他サービス内容の管理について必要な業務を実施していますか。 |  |

**（２３）運営規程**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めていますか。ア　事業の目的、運営の方針、事業所名称、事業所所在地イ　従業者の職種、員数及び職務の内容ウ　営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間エ　国基準訪問型サービスの内容及び利用料その他の費用の額（別紙料金表含む）※「利用料」は、法定代理受領サービスに係る利用料（１割、２割又は３割負担）及び法定代理受領サービスでない利用料を、「その他の費用の額」としては、条例施行規則第２０条第３項（具体的な範囲は老企第５４号）により徴収が認められている費用の額及び必要に応じてその他のサービスに係る費用の額を規定するものです。オ　通常の事業の実施地域カ　緊急時等における対応方法キ　事故発生時の対応、従業者の研修、衛生管理、従業者の秘密保持義務、苦情及び相談の受付体制その他運営に関する重要事項 |  |
| ② | 運営規程の内容は、常に実態を反映したものを整備していますか。 |  |

**（２４）介護等の総合的な提供**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 国基準訪問型サービスの事業運営に当たり、調理、洗濯、掃除等の家事を常に総合的に提供し、特定の援助に偏っていませんか。 |  |

**（２５）勤務体制の確保等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用者に対し適切なサービス提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務体制を定めていますか。※事業所ごとに月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、サービス提供責任者の配置、管理者との兼務関係等を明確にしてください。 |  |
| ② | 当該事業所の従業者によってサービス提供していますか。（利用者処遇に直接影響を及ぼさない業務についてはこの限りではありません。） |  |
| ③ | 従業者の資質向上のために、研修機会を確保していますか。 |  |
| ④ | 従業者が受けた研修内容や時間などの受講歴を記録していますか。 |  |

**（２６）衛生管理等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 従事者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行っていますか。 |  |
| ② | 事業所設備及び備品等について、衛生的な管理に努めていますか。 |  |

**（２７）掲示**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、その他の利用申込者のサ－ビス選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。 |  |

**（２８）秘密保持等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 従業者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らさぬよう対策を講じていますか。 |  |
| ② | 従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置（従業者が、従業者でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金について定めを置くなどの措置）を講じていますか。 |  |
| ③ | サービス担当者会議等で、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。※この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足ります。 |  |
| ④ | 「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき、利用者及びその家族の個人情報を適切に取り扱っていますか。 |  |

**（２９）広告**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所について広告をする場合、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていませんか。 |  |

**（３０）地域包括支援センターに対する利益供与の禁止**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 地域包括支援センター又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 |  |

**（３１）苦情処理**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置（相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービス内容を説明する文書に記載し、事業所に掲示すること等）を講じていますか。 |  |
| ② | ①の苦情を受け付けた場合は、苦情の受付日、苦情内容等を記録していますか。 |  |
| ③ | 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組をしていますか。 |  |
| ④ | 提供したサービスに関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善をしていますか。 |  |
| ⑤ | 市からの求めがあった場合は、④の改善内容を市に報告していますか。 |  |
| ⑥ | 提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善をしていますか。 |  |
| ⑦ | 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合は、⑥の改善内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。 |  |

**（３２）事故発生時の対応**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行い、必要な措置を講じていますか。 |  |
| ② | 市の定める事故報告書の様式、手順等を知っていますか。 |  |
| ③ | 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合の対応方法を定めていますか。 |  |
| ④ | ①の事故状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。 |  |
| ⑤ | 利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかにしていますか。※賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましいです。 |  |
| ⑥ | 事故が生じた際はその原因を解明し、再発防止策を講じていますか。 |  |

**（３３）会計の区分**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所ごとに経理を区分し、国基準訪問型サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。 |  |
| ② | 会計処理は、「指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについて（平成１２年３月１０日老計第８号）」、「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成１３年３月２８日老振発１８号）」及び「介護保険・高齢者保健福祉事業に係る社会福祉法人会計基準の取扱いについて（平成２４年３月２９日老高発０３２９第1号」を参考として適切に行われていますか。 |  |

**（３４）記録の整備**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。 |  |
| ② | 利用者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から５年間保存していますか。ア　国基準訪問型サービス計画イ　提供した具体的なサービスの内容等の記録ウ　市への通知に係る記録エ　苦情の内容等の記録オ　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 |  |

**（３５）研　修**

今年度の研修（予定を含む）について、下表に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 実施年月日 | 　　研修出席者 | 　　　　　　　　研　修　内　容 |
|   所 内研 修 |  |  |  |
|   所 外研修 |  |  |  |

欄が不足する場合は、欄を増やすか別紙に記載してください。

※　研修出席者欄には、対象とする職種（管理者、サービス提供責任者等）を記載してください。

|  |
| --- |
| **研修計画が作成されていない場合は、事業所で年間研修計画をつくり、研修を実施してください。** |

**（３６）その他**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービス利用申込者全員から一律に健康診断書の提出を求めたことがありますか。 | ある　・　ない |
| ② | サービス利用前に利用申込者が健康診断書を提出しないことを理由に、サービス提供を拒否したことがありますか。 | ある　・　ない |

サービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供によっても健康状態が把握できない場合、事業所が利用申込者に健康診断書の提出を求めることは可能ですが、全員から一律に提出を求めることは適当ではありません。また、それに応じない場合であっても一般的にはサービス提供拒否の正当な事由には該当するとは考えられません。サービス利用前の健康診断書の取扱いについては、平成１７年６月２２日付けの県、高齢福祉課介護保険指導班からのお知らせ及び「運営基準等に係るＱ＆Ａについて」（平成１３年３月２８日　事務連絡　厚生労働省老健局振興課）を参照してください。

＜注意点＞

 ○**以上の項目は、運営基準に定められている内容の一部であり、事業開始後に遵守しな　　　 ければならないものです。**

 ○運営基準違反のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象　　 　となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もあります。

|  |  |
| --- | --- |
|  **Ⅴ　報酬算定** |  |

**（１）単価について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 要支援１、要支援２及び事業対象者（週１回相当）が、月４回以下のサービス利用した際に、１回当たり単価で請求していますか。 |  |
| ② | 要支援１、要支援２及び事業対象者（週１回相当）が、月５回以上のサービス利用した際に、１月当たり単価で請求していますか。 |  |
| ③ | 要支援１、要支援２及び事業対象者（週２回相当）が、月８回以下のサービス利用した際に、１回当たり単価で請求していますか。 |  |
| ④ | 要支援１、要支援２事業対象者（週２回相当）が、月９回以上のサービス利用した際に、１月当たり単価で請求していますか。 |  |
| ⑤ | 要支援２及び事業対象者（週３回以上相当）が、月１２回以下のサービス利用した際に、１回当たり単価で請求していますか。 |  |
| ⑥ | 要支援２事業対象者（週３回以上相当）が、月１３回以上のサービス利用した際に、１月当たり単価で請求していますか。 |  |
| ⑦ | １月当たり単価の請求者のうち、ア区分変更、イ同一保険者内でサービス事業所の変更、ウ事業所指定効力停止の開始及び終了、エ月途中で介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護を利用に該当した場合に、１日当たり単価で請求していますか。 |  |

**（２）２人の従事者等による国基準訪問型サービスの取扱い等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | ２人の従事者等により国基準訪問型サービスを行う場合は、利用者又はその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合のみ算定していますか。ア利用者の身体的理由により１人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合　イ暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合ウその他利用者の状況等から判断して、ア又はイに準ずると認められる場合 |  |

**（３）サービス種類相互の算定関係について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、国基準訪問型サービス費を算定していませんか。 |  |
| ② | 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを提供していませんか。（介護のために必要と認められる場合を除きます。） |  |

**（４）複数の要支援者がいる世帯において同一時間帯に国基準訪問型サービスを利用した場合の取り扱いについて**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | それぞれに標準的な所要時間を見込んで国基準訪問型サービス計画上に位置付けていますか。 |  |

**（５）訪問サービスの行われる利用者の居宅について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 国基準訪問型サービスは、介護保険法第８条の定義上、利用者の居宅において行われるものとされているので、利用者の居宅以外で行われるものを算定していませんか。 |  |

**（６）サービス提供責任者体制減算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | １月間（暦月）で１日以上、介護職員初任者研修課程修了者（※）をサービス提供責任者として配置していませんか。※初任研修課程修了者とみなされる者のうち、介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護に関する１級課程修了者、看護師等の配置は減算対象となりません。 |  |

※「×」場合には過誤調整する必要がありますので市に相談してください。

※減算請求の場合は、事前に届出が必要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ② | 初任者研修課程修了者（訪問介護に関する２級課程修了者）を配置している月の翌月に提供された全ての訪問型サービス費を所定単位数の１００分の７０に相当する単位数で算定していますか。 |  |

**（７）集合住宅減算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは同一の建物に居住する利用者に対し、国基準訪問型サービスを行った場合に所定単位数の１００分の９０に相当する単位数を算定していますか。※建物は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を指します。(実態が備わっている場合、未届有料老人ホームも減算対象です。） |  |
| ② | 当該事業所における１月あたりの利用者が同一の建物に２０人以上居住する建物の利用者に対し、国基準訪問型サービスを行った場合に所定単位数の１００分の９０に相当する単位数を算定していますか。※建物は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を指します。（実態が備わっている場合、未届有料老人ホームも減算対象です。） |  |

**（８）加算については、加算届出等チェック表（別紙２）を作成してください。**

算定要件を確認し、チェック欄にチェックしてください。（算定している加算のみチェックしてください。）

**運営状況点検書でできていなかったものについては、事業所で改善してください。**